

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ В ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ (CAPI)

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения	:	_____
Название дела	:	_____
Номер	:	_____
Имя работника	:	_____
Номер	:	_____
Телефон	:	_____
Адрес	:	_____

(ADDRESSEE)

[Empty box for addressee information]

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрацией штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

В Вашем заявлении на Денежную Помощь по Программе для Иммигрантов (CAPI) от _____ числа было отказано.

Причина:

- Статус Вашего гражданского или иммиграционного состояния не отвечает требованиям CAPI.
- Ваш доход в \$ _____ превышает разрешенный лимит.
- Ваши ресурсы превышают разрешенный лимит в \$2,000 для одного лица или \$3,000 для семьи.
- Непредоставление доказательств, что Вы подали заявление на получение льгот дохода дополнительного страхования (SSI) или что Вы сделали все необходимое для получения SSI.
- Ваш SSI был одобрен; Вы не можете получать льготы SSI и платежи по программе CAPI.
- Не было взаимодействия с округом (см. заметки).
- Вы находитесь в общественном учреждении (включая больницы, места заключения, стационары, но не ограничиваясь ими).
- Вы не являетесь постоянным жителем Калифорнии.
- У округа есть информация, что подавший заявление скончался.
- Вы не старше 65 лет, слепы или инвалид.
- Вы добровольно забрали свою анкету.
- Статус Вашего спонсора не соответствует условиям на получение CAPI (см. заметки).
- Другое _____.

Заметки:

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: W & IC, Division 9, Part 6, Chapter 10.3, Sections 18937 through 18944